

## A halálhír közlése mint kommunikációs gesztus

„Asszonyom! Sajnálattal kell közölnöm: a férje elszenderült.

- Rendben doktor úr, értem, de mikor ébred föl?”

**Összefoglalás** ♦ Pszichiátriai osztályon gyászfeldolgozási zavarral küzdő betegek adatközlései és az e témával kapcsolatban készített orvosinterjúim tapasztalati nyomán azt vizsgáltam, hogy a halálhír közlésének formája és módja összefüggésben áll-e a későbbi gyásztraumával, továbbá, hogy a kommunikációs kutatások általános elméleti és gyakorlati megállapításai milyen módon ültethetők át a halálhír közlésének gyakorlatába. Kutatásommal és e tanulmányommal arra igyekszem rávilágítani, hogy összefüggés mutatható ki a halálhír közlési módja és a később kialakuló földolgozási zavar között, s a kommunikációelméleti szakmunkák segítséget adhatnak a gyászolókkal, haldoklókkal foglalkozó szakemberek számára.

Pilling János a Rossz hírek közlése c. tanulmányán (Pilling, 2008) kívül rendkívül szűk a szakirodalma annak, hogy a halálhírt hogyan, milyen protokoll szerint kell közölni a hozzátartozóval. Ehelyett kórházigazgatói körlevelek, szervezeti és működési szabályzatok, s szerencsére egyre több orvosegyetemi kurzus tárgyalja e kérdéskört. E tanulmány végső formába öntése előtt viszont egy szomorú, honi vonatkozású cikkbe botlottam.<sup>1</sup> Először a bulvármédia szenzációhajhász attitűdjének, s ebből következő termésének tulajdonítottam az esetet, de aztán meggyőződtem róla: a hír igaz. Egy szentesi férfi számolt be róla, hogy 89 éves nagymamájának halálát három nap (!) késéssel közölte vele a kórház. (Bár számos akadályoztatás – esetleges ágyhoz kötött betegség, közlekedési nehézségek, munkakörülmények, otthoni másik beteg ápolása – lehet gátja a rokonlátogatásnak, ám fölmerül bennem a kérdés, hogy a cikkben szereplő férfi a telefonon érdeklődésben is akadályoztatva volt?) Az újsághír e tanulmányt szerkezetileg

<sup>1</sup> Délmagyarország, 2015. március 6.

nem változtatja már meg, ám feltevésem bizonyítására, a teendők szükségességének megfogalmazására fölhasználható.

Pszichiátriai osztályon gyászfeldolgozási zavarral küzdő betegekkel felvett interjúim során arra a kérdésre kerestem a választ: a gyászfeldolgozás zavara összefüggésben áll-e azzal, hogy a halálhírt közlő egészségügyi szakszemélyzet a veszteség közlését milyen nyelvi megformáltsággal, mennyi idő alatt és milyen körülmények között adta tudtára a hozzátartozóknak. Kutatásomat egy kisvárosi kórház pszichiátriai osztályán végeztem, az adatközlő betegek 50-72 év közötti nőbetegek, 46-54 közötti férfiak voltak. Vizsgálatomba 10 főt: öt női és ugyanennyi férfibeteget vontam be. Az istenfélők és ateisták 50-50%-os eloszlást mutattak, adatközlőim iskolai végzettségük szerinti tagolódása pedig az alapfokú végzettség és technikum befejezése között van. Tíz adatközlőm közül csak néhányuk egyedi példaanyagát emelem dolgozatomba.

Beteginterjúimat a pszichiátriai osztály osztályvezető főorvosának, valamint az intézmény főigazgatójának írásbeli engedélyével végeztem, mint az orvos-beteg kommunikációt (különösképp a halálhír közlésére irányuló közléseket) és traumaelméletet kutató, a téma iránt érdeklődő szakember. Az osztály szakorvosaitól rengeteg segítséget kaptam, adatközlőim örömmel fogadtak. A komplikált gyással küzdő beteggel mind saját elhatározásból érkeztek az osztályra, kérték kezelésüket, altatóik és nyugtatóik beállítását. Kezelőorvosaik és kórtörténetük szerint mindegyiküknek volt már előzetesen valamilyen pszichiátriai betegsége, nem első alkalommal fekszenek az osztályon.

Sajnos nem található statisztikai adat arról, hogy a halálhír közlése általában mennyi ideig tart, ám az e tanulmányhoz végzett előzetes kutatómunkám során felvett – közel tucatnyi – orvosinterjú során kaptam azt a választ, hogy krónikus betegséggel küzdő betegek esetében az értesítési lapon megjelölt hozzátartozó reggeli, hajnali telefonhívásánál a vonal túlvégén lévő családtag már automatikusan, saját maga közli a halál tényét. Az orvosnak a bemutatkozást követően nem is adódik lehetősége arra, hogy tájékoztassa a rokont. Azt tapasztaltam, hogy krónikus- és intenzív osztályok orvosai regionális és beosztásbéli különbségek nélkül hasonló tapasztalatokról adtak hírt. A kórházi protokollszövegekben – amelyek a halálhír közlésére adnak útmutatást – megjelenik viszont szövegszerűen az, hogy a doktornak a 'meghalt' szót kell használnia (több szabályzat e szóalak minimum egy beszélgetésben történő elhangzásáról is rendelkezik. Az egyik főváros környéki kórház krónikus belgyógyászati osztályának szabályzata

szerint pl. két alkalommal el kell hangozni a 'meghalt' szónak a hozzátartozókkal való beszédaktus közben!). Legfontosabb cél az egyértelműsítés, mivel a félreértések és más, nyelvi és lélektani torzítások lehetőségei ezzel minimalizálhatóak. Az is iránymutatás számos egészségügyi intézményben, hogy tiltottak a szépítő, ún. eufemizáló (elment, eltávozott, megpihent, megtért, végleg elszenderült stb.) kifejezések, ugyanis az 'elment' eufemizáló nyelvi megformálásra a 'Mikor jön vissza doktor úr?', vagy az 'elaludt' kifejezésre a 'Node mikor ébred föl?' kérdések nyelvi szinten releváns viszontkérdések, ugyanakkor mindannyian érezzük ezek abszurditását.

Allen Wolfelt vezette be a „komplikált”, traumatikus gyász (Wolfelt 1991, idézi Pilling 2001) fogalmát a korábbi stigmatizáló jelzőkkel illetett gyászterminológia helyett. Ha a gyászfolyamat hosszas, s a földolgozási szakaszokban megreked, a normálistól, átlagostól eltér, akkor lehet szükség szakember segítségére, s ezt nevezzük komplikált gyásznak.

Az első adatfelvételekor a komplikált gyással küzdő, osztályon kezelt betegeket az interjú kezdetén hagytam hosszasan beszélni, majd igyekeztem történetmesélésüket abba az irányba terelni, hogy – retraumatizáció nélkül – beszámoljanak közeli hozzátartozójuk halálának közlési körülményeiről. A halálhír közlésének rövid, egyszavas jellemzésére minden adatközlő beteg a gyászfázisok csoportosításánál is használt, köznyelvből szaknyelvi terminológiává lett: *sokk* (Averill, 1968 és mások), *döbbenet* (Tatelbaum, 1980), *lesújtottság* vagy *hitetlenség* (Martocchio, 1985) fogalmakat használta. Érdekes, hogy a családtagok jelentős hányada a halálhírt közlő orvos nemét csak némi hezitálás után tudta megmondani, míg mások részletgazdag leírást tudtak adni a folyosóablakon vagy az orvosi szobában látottakról is.

Hazai és nemzetközi memória- és emlékezéskutatók (Racsmány, 2005, Schacter, 1998) értekeznek arról, hogy a bizonyos eseményeinkről tárolt emléknymaink az idő előrehaladtával torzulnak, sérülnek, halványulnak, észrevétlenül átírjuk őket. (Schacter, 1998) A memóriakutatók elkülönítenek organikus amnéziát (bizonyos betegségek következményei után kialakuló), és időszakos emlékezetkieséssel járó, stressz vagy trauma hatására létrejövő pszichogén amnéziát. A pszichogén amnéziáról azt mondja Racsmány (2005), hogy ekkor nincs az agyban szöveti károsodás, s ennek ellenére blokkolódik bizonyos életperiódusok memóriából való újrahívása. Pszichogén trauma esetében a generáló faktor lehet egy erőszakos cselekmény, egy szeretett rokon vagy barát elvesztése, válás, háború vagy munkahely elvesztésével járó életesemény is.

Történelmi- és társadalomlélektani emlékezetkutatással foglalkozó teoretikusok (Gyáni, 2000, Pászka, 2007, Bartlett, 1985) pedig közel azonos megállapításra jutottak az emlékezést, valamint az emléknymok előhívását tárgyaló szakkikkeikben: a megélt élet eseményeinek felidézése rekonstrukció, s egyben konstrukció is, vagyis reflexív folyamat. (Pászka, 2007). Gyáni is idézi Bartlett-et az előbbiekkal egyetértve: az emlékezés sokkal inkább konstrukciós kérdés, sem mint pusztán reprodukció (Gyáni, 2000). Tehát mindhárman úgy vélik, hogy az emléknymok előhívása nem pusztán reprodukció, hanem egyúttal konstrukció is, azaz ugyanazon emlék-előhívás nem független az előhívás helyétől, módjától, ugyanis előhívásával egyszersmind konstrukció is zajlik az egyénben.

*Iván 50-es éveiben járó férfi, tevékeny rokkantnyugdíjasként alkoholbetegségét szigorú kontroll alatt tartja. A férfi lakóközössége elismert tagja, szenvedélybetegségről tart kurzusokat, drogprevenációs tevékenységet végez. Nejét szinte gyermekként ismerte meg, 17 évesen már feleségül vette. A 'Meddig éltek házasságban?' kérdésre napra és órára pontosan ad választ, egyben megjelöli felesége halálának pontos időpontját. A több krónikus betegséggel küzdő, 51 esztendőes feleségét hat hete vesztette el, előtte a magatehetetlen asszonyt majd' két éven át gondozta. Nejének utolsó estéjén mentőt hívott, a diszpécserrel az esetkocsi kiérkezéséig folyamatos telefonvonalban maradt. A mentő pontos megérkezésére nem emlékszik, az orvossal kiszálló következő rohamkocsi érkezéséről és annak körülményeiről nem tud részleteket. Zaklatottan elmondja: feleségéért négy-öt szakember küzdött, majd egy órányi sikertelen újraélesztést követően ő maga tette fel a kérdést: „Tudjátok még csinálni? Van még értelme? Vagy csak miattam?” „Mintha felmentettem volna őket” – mondja. Erre a kérdésre mondja ki az orvos a halál tényét, majd sietve elmennek. A férj szinte lélegzetvétel nélkül folytatja monológját: „ha a mentős diszpécser nincs velem, amíg ki nem ér a kocsi, már rég megöltem volna magam, mert miattam hagyták abba. El se mondták, hogy meghalt, hiszen én mondtam ki.”*

Iván szinte gyermekfejjel kötött házasságot, elmondása szerint nejét szinte rajongva imádtta. A hosszas otthoni betegápolás, az éveken át tartó 0-24 órás szolgálata mind oka lehet a feldolgozási zavarának, ám harmadik beszélgetésünkör elmondja: véleménye szerint a legfőbb „gondja”, hogy felesége halálhírét nem közölte vele senki sem.

*P.-né városi özvegy, 72 éves. Második férje - elmondása szerint - betegségelözmény nélkül halt meg tíz hónapja, a hatvanas éveinek elején. Pszichiátriai osztályon őt sem először kezelik, édesanyjának elvesztése után még tíz évig minden apró-cseprő tanácsért a temetőbe szaladt szülei sírjához, de ahogy mondja: ennyi évbe tartott, mire rájött: a sírkő hideg és nem válaszol. Férje temetését követően is a napi sírkertbe látogatás, valamint az elhalttal való, élőnek tűnő, aktív verbális kapcsolat tölti ki életét. Exhumáltatta is férjét, új helyre helyeztette, mert szerinte „jobb helyet talált neki.”*

Gyáni Gábor arra emlékeztet tanulmányában, hogy Freud szerint a traumatikus élményekre való emlékezés – az elfojtás hatására – ismétlési kényszerben nyilvánul meg (Gyáni, 2006). A beteg folyamatosan végigjártassa a kellemetlen élményeket, az elfojtott tartalmak folyamatosan a felszínre törnek.) Ezek a napi temetőbe látogatásban, továbbá az elhalttal folytatott „áldialógusban” manifesztálódó történetmesélésben öltének testet. Kényszeres ismétlődésükkel az elutasítás fázisában tarják őt, gátolják a gyászfolyamat továbblépését egészen addig, amíg a gyászoló el nem jut a felismerésig, hogy „a sírkő nem válaszol”, tehát a rokona meghalt. (Kast, 2000) Az özvegy az irányított kérdésre azt adja válaszul, hogy férje halálhírét a kanapéra fektetett élettelen testhez lépve, elmondása szerint egy percet a test fölött töltve közölték vele. E kimondás pillanatától kezdve pedig rendre felbukkanó szomatikus distresszt (Lindemann 1944, idézi: Pilling 2001) érez. A temetés óta ez a sírhely közelében és mentőautót látva fölerősödik.

Hozzá hasonlóan több, gyászpszichózissal küzdő beteg számolt be légszomjról, torokszorításról, de egy közös metszet felrajzolódik mindannyiuk gyászélményének halmazán: hozzátartozójuk elvesztését vagy a kórházi osztályon két betegellátás között vagy a kivonulás helyszínén, összekapálás közben, alig néhány percen adta tudtukra a szakszemélyzet. (Adatgyűjtésem során az olyan halálhír-közléseket, melyek közlekedési baleset, bűncselekmény vagy öngyilkosság áldozataival kapcsolatosak, kizártam a vizsgálatból, ugyanis azokat egy külön tanulmányban kívánom később bemutatni.)

*Izabella pszichiátriai osztályon fekvő, 50 éves nőbeteg is visszatérő látogatója a pszichiátriai gondozónak. Gyásztraumája rendre fölbukkan: 23 éves epilepsziás fiát veszítette el, lánya alkoholbeteg, testi fogyatékkal él. Lánya is gyakran kísérelt meg öngyilkosságot, aki felsőfokú végzettsége ellenére munkanélküli. Izabella elmondása szerint az epilepszia és más*

*társbetegségek okozták fia kómába esését majd 10 nap múlva halálát, de a boncolási jegyzőkönyv önkezűséget állapított meg. Ezzel a földolgozhatatlan konfliktussal küzd, ugyanis az intenzív osztály orvosa és a boncolási jegyzőkönyv által adott információk nem mutatnak egyezést, az anya pedig kétségei között őrlődik.*

A halálhír közlésének nyelvi megformáltságát, továbbá annak módját és a gyásztraumára gyakorolt hatását vizsgáló tanulmányban Bañcerowski nyelvhasználók és a nyelvi jelek viszonyát tárgyaló pragmatikai témájú közleményei, illetve Grice társalgási maximái (Bañcerowski idézi Grice-t, 1997) azok, melyeket elemzésünk tárgyává kell tennünk. Teszem mindezt azért, mert a társalgási logika szabályrendszerének és a kommunikációelmélet szakterületeinek gyakorlati megállapításai helytállóak egy halálhír közlését, mint nyelvi és kommunikáció folyamatot elemző szakmunkában. A társalgási logika grice-i szabályrendszere a kommunikációs viselkedést szabályozza, tematikus rendszerét négy csoportban állítja össze:

#### **A társalgási maximák:**

##### **Mennyiségi maximák**

1. Hozzájárulásod legyen a kívánt mértékben informatív (a társalgás pillanatnyi céljai szempontjából).
2. Hozzájárulásod ne legyen informatívabb, mint amennyire szükséges.

##### **Minőségi maximák**

1. Ne mondj olyasmit, amiről úgy hiszed, hogy hamis.
2. Ne mondj olyasmit, amire nézve nincs megfelelő evidenciád (amiről nincs elegendő tudásod).

##### **A relevancia maximája**

Légy releváns! (Maradj a tárgynál!)

##### **A mód maximái**

1. Kerüld a kifejezés homályosságát.
2. Kerüld a kétértelműséget.
3. Légy tömör (kerüld a szükségtelen bőbeszédűséget).
4. Légy rendezett.

A halálhír közlésekor a hozzátartozóval rokona elvesztését a *mennyiségi maxima* (Grice, 1997) szerint informatívan, de a kívánatosnál nem informatívabban helyes közölni. Mindezt föltétlen azzal a kiegészítéssel javaslom, hogy a lehetséges segítségnyújtási gondozóhelyekre és szakemberekre, továbbá azok elérhetőségére felhívjuk a figyelmet. Sajnos kevés kórházi

osztályon található meg a faliújságon a betegjogi képviselő elérhetősége mellett gyásztanácsadó elérhetősége is!

A *minőségi maxima* igazságkövetelménye nem releváns a halálhír közlésekor, ugyanis a hír minden esetben igaz, ám az a grice-i megállapítás, hogy csak olyat állítsunk, amit meg is tudunk indokolni, az helyénvaló. Egy belgyógyász rezidens orvos számolt be a következőről: a reggeli referáláson tudta meg, hogy az éjjel hány haláleset történt. Az elhaltak dokumentációjáért sietve, korán reggel a folyosón síró hozzátartozókba botlott, akik a kórteremben üres ágyat látva rokonuk állapota felől érdeklődtek. Az a kommunikációs folyamat, ami ott köztük lezajlott, a minőség maximájának egy fontos megállapítását nem elégítette ki: a doktor információ híján nem tudott érdemi választ adni a felmerült kérdésekre. A *relevancia maximája* evidens e kérdés tárgyalásakor, ám a legérdekesebb területe a halálhír kommunikációs folyamatának és Grice maximáinak a negyedik, a *módmaxima*. (Grice, 1997)

E cikk bevezető részében már említést tettem az eufemizáló, szépítő kifejezések kerüléséről, melyekről több kórházi direktíva is rendelkezik. Grice szerint is kerülendő a befogadó által nem földolgozható és megérthető fogalmazás, a többértelműség, és kerülendő a terjengősség. Úgy vélem, hogy a grice-i társalgási maximák halálhírt közlő telefonos vagy személyes közlésekben mind hasznosak és használhatóak, továbbá jó irányt jelenthetnek szakszemélyzetnek és jelenleg még képzésben részt vevő hallgatóknak is. Álljon itt példaként a fentebb már említett, életből származó példa, s vegyük górcső alá, a nyelvfilozófiával foglalkozó Grice mely társalgási maximáját, szabályrendszerét sérti:

- *Asszonyom, sajnálattal közlöm, hogy a férje elszenderült.*
- *Értem doktor úr, de mikor ébred fel?*

Az orvosi közlés a mód maximáját sérti, ugyanis nem világos a megfogalmazás, a kifejezés kétértelmű, tehát a közlés félreérthető.

- *Jó reggelt, Szabó adjunktus vagyok a megyei kórházból. Azért hívom, mert – hát sajnós, mint tudja, ez a munkánk legnehezebb része – rossz hírt kell közölnöm: az édesanyja a hajnali órákban meghalt. Az állapota folyamatosan romlott, mindent megtettünk, de hiába volt minden. Sajnálom!*

A mennyiségi maxima (hozzájárulásod ne legyen informatívabb, mint amennyire szükséges) az első kritikai észrevétel e közlés elemzésében, ugyanis a „*mint tudja, munkánk legnehezebb része...*” töltelékmondat fölösleges. Sérül a relevancia maxima szabálya is, ugyanis vannak

irreleváns közlések a mondatban, továbbá a mód maximája is sérül, ugyanis a közlés nem tömör, s nem is rendezett.

Mindössze két közlésmintát vettünk górcső alá, ám úgy vélem, sikerült rávilágítani azon súlypontokra, amelyek gyakori társalgási, kommunikációtechnikai hibák forrásai lehetnek. S mivel rendkívül széles a halálhírt közlő szakemberek spektruma (rendőrök, mentősök, továbbá az orvosi szakma minden szereplője, beleértve a hospice-ben dolgozó szakembereket is), s sokak képzésében a kommunikációs készségek fejlesztése sajnos alig szerepel. Arra próbáltam rávilágítani e tanulmánnyal, hogy milyen, a gyakorlati munkába átültethető nyelvi és kommunikációs szakcikketek születtek az elmúlt években, melyek jól beépíthetőek a gyakorlati munkába. A teljesség igénye, továbbá e tanulmány célkitűzésének megvalósulása miatt emeltem be a társalgási maximákat a befejező részbe (Grice, 1997), azzal a nem titkolt céllal, hogy a társalgás szabályrendszerének minél gyakoribb ismertetése, felidézése és szinten tartása hozzájáruljon ahhoz, hogy a szakma képviselői hibák és félreérthető nyelvi formák helyett érhetően és világosan, s a befogadó számára elfogadható módon(!) kommunikáljanak.

## **IRODALOM**

- AVERILL, JR. (1968): Grief: its nature and significance. *Psychol Bull*, 70: 721-48.
- BAÑCZEROWSKI J. (1997): A nyelvi közlés rejtett pragmatikai információiról. *Magyar Nyelvőr*, 121. évf. 1997. január–március 1. szám, 53–56.
- BARTLETT F. C. (1985): Az emlékezés. Gondolat Kiadó, Budapest
- GRICE H. P.: A társalgás logikája. In: Pléh Cs., Síklaki I., Terestyéni T. (szerk.): *Nyelv – kommunikáció – cselekvés*. Osiris, 1997: 213–227. Budapest.
- GYÁNI G. (2006): Trauma, emlékezet, kultusz. *Élet és Irodalom* 50(45): 6.
- GYÁNI G. (2000): Emlékezés és oral history. In: Gyáni G.: *Emlékezés, emlékezet és a történelem elbeszélése*. Budapest, Napvilág Kiadó.
- MARTOCCHIO, BC. (1985) Grief and bereavement. *Healing through hurt. Nurs Clin North Am*, 20: 327-341.
- PÁSZKA I. (2007) *Narratív történetformák*. Szeged, Belvedere Meridionale.

- PILLING J. (2001): „Adj szót fájdalmadnak”. A gyász lélektana és a gyászolók segítése. In: Angyal E. és Polcz A. (szerk.): Letakart tükör. Helikon, Budapest, 207-239.
- PILLING J. (2008): Rossz hírek közlése. In: Pilling J. (szerk.): Orvosi kommunikáció. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 306-334.
- RACSMÁNY M. (2005) Introspekció és kontroll az emlékezeti előhívásban. In: Gervain J, Kovács K, Lukács Á, Racsmány M (szerk.) Az ezerarcú elme. Tanulmányok Pléh Csaba 60. születésnapjára. 546 p. Budapest: Akadémiai Kiadó, 2005. 235-250.
- SCHACTER, DL. (1998) Emlékeink nyomában. Budapest, Háttér Kiadó.
- TATELBAUM, J. (1998) Bátorság a gyászhoz. (ford.: Jámbor Katalin) Pont Kiadó, Budapest, 25-66.
- WOLFELTA (2012): The Importance of Mourning. In:  
<http://www.centerforloss.com/2012/05/importance-mourning/> (elérés: 2015. május 5.)  
<http://www.webbeteg.hu/cikkek/daganat/12779/rossz-hir-kozlese-rakbetegekkel> (elérés dátuma: 2015. március 27.)

**Dr. Zelena András Ph.D.**

traumakutató, kommunikációs szakember

dr.zelena@gmail.com